Rok LV. Kraków, 1. listopada 1916. Nr 15.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, WYDAWANY PRZY POPARCIU GRONA LEKARZY Z KRAKOWA I Z GALICYI, CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki chorób wewnętrznych Uniwersytetu Jagiellońskiego. (Dyrektor: Prof. Dr W. Jaworski).

I. Wydzielanie kwasu moczowego w niektórych chorobach gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu.

II. Wpływ niektórych wyciągów gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu na wydzielanie kwasu moczowego.

podał

Dr Jan Nowaczyński

asystent kliniki.

I.

O wydzielaniu kwasu moczowego (U) w chorobach gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu nie wiele wzmianek znajdujemy w piśmiennictwie dotychczasowem; tu i ówdzie spotyka się pewne luźne spostrzeżenia, lecz skąpe. W roku 1912, pracując w klinice Noordena w Wiedniu, zająłem się tym tematem; badałem wtedy wydzielanie U w chorobach przysadki mózgowej (acromegalia i dystrophia adiposo-genitalis); wyniki ogłoszone w pracy z Prof. Faltą (Über die Harnsäureausscheidung bei Erkrankungen der Hypophyse, Berl. klin. Woch. 1912. Nro 38), były dość ciekawe: mianowicie w przypadkach akromegalii stwierdziłem wydzielanie niezwykle wysokich wartości U, w przypadkach zaś »dystrophia adiposo-genitalis« bardzo nizkie; różnice w każdym razie były uderzające.

W roku szkolnym 1913/14 badania nad wydzielaniem U prowadziłem dalej, i to w różnych chorobach gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu na materyale, jaki miałem do rozporządzenia. Badałem przypadków dziewięć;

4 przypadki Morb. Basedowi.
1 przypadek Basedowoid.
1 » Morb. Addisoni
1 » Dystrophia adiposo-genitalis.
1 » Diabetes insipidus.
1 » Chondrodystrophia foetalis.

Technika badania: Przez cały czas oznaczania U, jakoteż przez tydzień przed rozpoczęciem badań, osoba badana pozostawała na dyecie bezpurynowej czyli bezmięsnej, a więc głównie mleczno-jarzynowej, gdyż, jak wiadomo, w badaniach tych chodzi o oznaczenie U endogenicznego, t. j. tego, który ustrój sam wytwarza bez doprowadzenia mu ciał purynowych, w pokarmach zawartych, które przerabia następnie na U t. zw. egzogeniczny. W tych warunkach bada się zachowanie U przez 3—4 dni, co stanowi okres wstępny (Vorperiode), następnie podaje się badanemu w jedzeniu pewną określoną ilość ciał purynowych, zawartych czy to w potrawie mięsnej, czy w postaci nukleinianu sodu, zawierającego dokładną ilość azotu, oraz produkowanego następnie kwasu moczowego i bada się jego wydzielanie jako U egzogenicznego, co stanowi okres właściwy; wreszcie po zupełnem jego wydzieleniu, które trwa różnie długo i stanowi właściwie miernik prawidłowego lub nieprawidłowego wydzielania U w danym przypadku, doprowadza się badanie do końca przez okres trzeci, następowy (Nachperiode), trwający zwykle znów 3—4 dni.

To są zasady, które przestrzegane być muszą przy oznaczaniu U, jeśli się chce dojść do ścisłych wyników. Przy tem wszystkiem zbiera się mocz badanego przez 24 godziny i w takim moczu oblicza się U. W celu oznaczania U posługiwałem się metodą Hopkins-Folin-Shaffera, polegającą na tem, iż po odpowiedniem przygotowaniu moczu strąca się w nim U amoniakiem, jako moczan amonu, który następnie miareczkuje się w rozczynie kwasu siarkowego za pomocą $^1/_{20}$ norm. nadmanganianu potasu.

Prócz tego w każdym przypadku oznaczałem równocześnie ogólną wartość N w dobowej ilości moczu.

W sprawie zachowania się U w warunkach prawidłowych i nieprawidłowych odsyłam czytelnika do pracy mej p. t.: Przemiana ciał purynowych, a dna (Przegl. lek. Nr. 42—43. 1913).

I. Z. M. lat 28. L. dz. 144. M. Basedowi.

Historya choroby: Choroba trwa od 3 lat; rozpoczyna się wskutek wzruszeń po śmierci osób blizkich, objawia się biciem serca, bólami głowy i zawrotami, osłabieniem i zdenerwowaniem, tak, że chora pracować nie może; w czasie pracy nawały do szyi i głowy, bicie serca, ściskanie w okolicy serca i bóle rozpromieniające się ku ręce lewej; przytem silne poty, dreszcze; sen zły ze zwidywaniami; brak apetytu. W czasie silnych bolów głowy częste wymioty; stolec nieregularny, przeważnie biegunki (5—6 razy dziennie); brak miesiączki, dla którego ginekologicznie nie stwierdzono przyczyny; od roku zauważyła chora, że szyja jej grubnie.

Wynik badania: Lekkie wysadzenia gałek ocznych, drżenie rąk; gruczoł tarczowy powiększony; skóra wilgotna, potem pokryta; tętno 112 (tachycardia), równe; ciśnienie krwi Riva-Rocci (R. R) 90. Narządy wewnętrzne bez zmian; mocz bez białka i cukru. Obraz krwi: ciał. biał. 9.600; c. cz. 4.800.000; Hb 80% wskaźnik (J) 0.8. Limfocytów 28%, neutrochłonnych 52%, przejściowych 6%, eozynochłon. 3%, tucznych 1%, jednojądrzastych 10%.

Cukromocz pokarmowy po podaniu 100 gr. dekstrozy dodatni: cukier wydziela się w 4 godziny w ilości 1·2%.

Wydzielanie U przedstawia się następująco:

Tab. 1.

Ilość	Cięż. gat.	N. gr.	U. gr.	dyeta
490	1.026	7.340	0.2976	bezpurynowa
400	1.026	5 919	0.2190	»
490	1.023	6.420	0.1837	«
710	1 023	7.892	0.2150	«
600	1.024	7.047	**0.3154**	20 gr. nuklein. sodu
500	1.025	7.854	**0 3375**	bezpurynowa
600	11022	6.728	0.2265	«
480	1.025	6.192	0.2559	«
600	1 026	8.946	0.2610	«

W przypadku tym stwierdzamy ilość moczu małą, mocz wysycony, zawierający dużo barwików moczowych (uroerytryny), ciężar właściwy wysoki; ilości N małe, wahające się między 5 a 8 gr na dobę. Ilości U w okresie wstępnym nizkie, w granicach od 0.18 do 0.29 gr na dobę; po podaniu 20 gr nukleinianu sodu wydzielanie U nie wzmożone, przeciąga się przez dwa dni; w okresie końcowym ilości te ustalają się i są nieco większe, niż w okresie wstępnym.

II. M. H. lat 28. l. dz. 202. M. Basedowi.

Historya choroby: Chora od długiego czasu niezdrowa, skarży się na bóle żołądkowe, kłucia w klatce piersiowej, bicie serca, brak apetytu, pocenie się, osłabienie ogólne, zawroty głowy, sen upośledzony, wzmożone pragnienie.

Wynik badania: Wyraz twarzy monotonny, senny: skóra wilgotna; lekkie wysadzenie gałek ocznych; gruczoł tarczowy powiększony tkliwy; drżenie rąk. Tętno 125 (tachycardia), dobrze napięte, równe. RR 115. Serce oraz narządy wewnętrzne prawidłowe; mocz bez białka i cukru; stolec prawidłowy; miesiączkowanie co 3 tygodnie, skąpe. Badanie chemiczne żołądka stwierdza wzmożoną kwaśność treści. Obraz krwi: c. b. 15.600, c. cz. 6.000.000, Hb. 100%, wskaźnik 0.8. Limfocytów 22%, neutrochł. 71·5¼ eozynochł. 4% tucznych 0·5%, przejść. 1·5%, myelocyt. 9·5%. Cukromocz pokarmowy (100 gr dekstrozy) dodatni: cukier wydziela się po dwóch godzinach w ilości 1% i szybko ustaje.

Wydzielanie U:

Tab. 2.

Ilość	Cięż. gat.	N. gr.	U. gr.	dyeta
750	1.014	4.830	0.1406	bezpurynowa
1180	1.010	7.756	0.1902	»
1270	1.010	8.569	0.2740	»
1300	1.010	9.469	**0·5157**	20 gr nuklein. sodu
1000	1.011	7.602	0.2024	bezpurynowa
1110	0.010	7.707	0.2497	»
1080	0.010	8.769	0.2296	»

W przypadku tym stwierdzamy ilości moczu prawidłowe, ciężar właściwy nizki, ilości N małe. Ilości U w okresie wstępnym bardzo nizkie, po podaniu 20 gr nukleinianu sodu wydzielanie U prawidłowe, t. j. szybkie, kończące się w jednym dniu, nie przeciągające się; w okresie końcowym ilości U nieco większe, niż we wstępnym i bardziej stałe.

III. J. B. lat 49. l. dz. 314. M. Basedowi. Myodegeneratio cordis. Icterus. Zabarwienie brązowe skóry (Addisonoid).

Historya choroby: Przed 14 laty B. już chorował na »rozstrój nerwowy« z objawami takimi, jak rozdrażnienie, drżenie rąk i nóg, bicie serca, brak apetytu; przed rokiem objawy te powróciły, a dołączyły się jeszcze biegunki, spadek na wadze i ściemnienie skóry. Chory skarży się na osłabienie ogólne, sen zły, szum w uszach, bicie i niepokój serca, brak apetytu i wzmożone pragnienie.

Wynik badania: Chory rozdrażniony, niespokojny; skóra brązowo zabarwiona, a na kończynach nieco jaśniejsza; na błonach śluzowych niema zmian barwikowych; piegi (ephelides) na całych powłokach; lekkie obrzęki w okolicach kostek, ustępujące w czasie leżenia w łóżku. Lekkie żółtaczkowe podbarwienie spojówek; źrenice wązkie, słabo oddziałują; wysadzenie gałek ocznych wyraźne; gruczoł tarczowy znacznie powiększony, miękki, niebolesny. Drżenie rąk, tętno 106, nierówne, niemiarowe z powodu skurczów dodatkowych; uderzenie koniuszkowe serca wstrząsające przy linii sutkowej; szmer skurczowy, drugi ton rozszczepiony. R. R 125. Narządy jamy brzusznej bez zmian, puchliny brzusznej niema, mocz bez białka i cukru, urobilinogen dodatni. Obraz krwi: c. b. 3.200, c. cz. 4.400.000, Hb 60%, wskaźnik 0·7. Limfocytów 36%, neutrochł. 44%, eozynochł 2%, przejść. 10%, myelocyt. 7·5%. Cukromocz pokarmowy (100 gr dekstr.) dodatni: cukier wydziela się po 4 godzinash w ilości 0.1%.

Wydzielanie U:

Tab. 3.

Ilość	Cięż. gat.	N. gr.	U. gr.	dyeta
1250	1.018	13.665	0.3965	bezpurynowa
1180	1.018	10.523	0.3451	»
1380	1.017	12.422	0.4378	»
1380	1.013	10.606	**0.5589**	20 gr nuklein. sodu
1310	1.016	11.187	**0.5637**	bezpurynowa
1600	1.010	12.056	0.4347	»
1900	1.014	14.417	0.4520	»

W przypadku tym stwierdzamy prawidłowe ilości U endogenicznego, natomiast przeciągające się wydzielanie U egzogenicznego, trwające dwa dni.

IV. K. B. lat 38. L. dz. 351. M. Basedowi.

Historya choroby: Choroba trwa od 6 lat; rozpoczęła się nagle pod wpływem przerażenia biciem serca, bólem w jego okolicy, niepokojem; te objawy powtarzały się często, zwłaszcza przy pracy; od 2 lat bóle głowy z wymiotami, biegunka, brak apetytu, pragnienie wzmożone; od 3 lat drżenie rąk, które stało się tak silne, że chora nie może żadnego przedmiotu utrzymać w rękach; od 10 lat zgrubienie szyi. Chora odczuwa osłabienie ogólne znaczne, silne kołatanie serca, poci się, śpi źle, apetyt ma upośledzony, nudności, odbijania, czkawkę, oraz stolce biegunkowe; miesiączki brak.

Wynik badania: Skóra wilgotna, wysadzenie gałek ocznych, gruczoł tarczykowy powiększony, miękki, niebolesny, niezwykle silne drżenie rąk. Tętno 96, miernie napięte. R. R 125. Serce i narządy wewnętrzne bez zmian, mocz bez białka i cukru. Obraz krwi: c. b. 5.000, c. cz. 4.640.000, Hb 84%, wskaźnik 0.9 Limfocytów 36% neutrochł, 52% eozynochł. 4%, przejść. 3%, jednojądrz. 2%, myelocyt. 3%. Cukromocz pokarmowy (100 gr dekstrozy) dodatni: cukier wydziela się po 2 godzinach w ilości około 1·4%.

Wydzielanie U:

Tab. 4.

Ilość	Cięż. gat.	N. gr.	U. gr.	dyeta
850	1.023	12.792	0.3682	bezpurynowa
1100	1.021	11.319	0.4009	»
960	1.026	14.716	0.3600	»
1130	1.025	17.528	**0.4836**	20 gr nuklein. sodu
740	1.025	13.550	**0.6568**	» » »
840	1.024	15.288	**0.5400**	bezpurynowa
740	1.025	13.281	0.3295	»
920	1.022	12.712	0.2794	»

W przypadku tym stwierdzamy wydzielanie prawidłowych ilości U endogenicznego, wydzielanie zaś U egzogenicznego mimo dwukrotnego podania 20 gr nukleinianu sodu małe i przeciągające się przez dwa dni; w okresie końcowym wartości U znacznie niższe, niż we wstępnym.

Wyniku badania w tym przypadku nie mogę uważać za zupełnie pewny, a to z powodu biegunek u chorego, które na wydzielanie U niekorzystnie wpływać mogą.

V. W. K. lat 46. Basedowoid.

Historya choroby: K. po zapaleniu płuc czuje się chorą; skarży się na osłabienie ogólne, bóle w krzyżach, dreszcze, pocenie się rąk i nóg, bicie serca, apetyt upośledzony, sen zły, stolec zaparty; miesiączka regularna, skąpa; 9 porodów przebytych.

Wynik badania: Skóra wilgotna; wysadzenia gałek ocznych niema; gruczoł tarczowy powiększony; drżenie rąk słabe, lecz widoczne; tętno 112 (bradycardia); R. R 90. Serce bez zmian; wątroba macalna; mocz bez białka i cukru. W obrazie krwi limfocytoza. Cukromocz pokarmowy (100 gr. dekstr.) dodatni; cukru wydziela się ślad.

Badanie U:

Tab. 5.

Ilość	Cięż. gat.	N. gr.	U. gr.	dyeta
1000	1024	11 172	0.5797	bezpurynowa
600	1025	9.744	0.3123	»
640	1029	10.931	0.3590	«
780	1022	10.526	**1.0705**	20 gr nuklein. sodu
830	1021	11.131	**0 6049**	bez puryn.
720	1022	10.482	0 3886	»
730	1020	12.142	0.4248	»

W przypadku tym wydzielanie U egzogenicznego jest obfite, lecz równocześnie przeciągające się nieco. U endogeniczny mniejwięcej prawidłowy.

VI. S. P. lat 39. l. d. 315. M. Addisoni.

Historya choroby: Od czasu zapalenia wysiękowego opłucnej chory skarży się na bóle w piersiach, w okolicy wątroby, gniecenie w żołądku, brak apetytu, zawroty głowy; w ostatnich czasach dołączyło się osłabienie ogólne znaczne; od 3 — 4 lat ściemnienie (brunatne zabarwienie) skóry, które zwiększa się; chory przebywał dwukrotnie zapalenie opłucnej wysiękowe, zapalenie płuc, zimnicę oraz kamicę żółciową.

Wynik badania: Kościec dobrze rozwinięty, mięśnie wiotkie, podściółki tłuszczowej brak. Skóra wiotka, sucha, brązowo zabarwiona z wyjątkiem podeszew i dłoni. Spojówki blade, źrenice równe, oddziałują prawidłowo; gruczoł tarczowy niemacalny. Płuca bez zmian. Serce: uderzenie koniuszkowe wyczuwalne, tony ciche; naczynia wązkie, słabo napięte; tętno małe, miarowe, 92 na minutę, R. R 90; w obrazie rentgenologicznym cień aorty szeroki, serce małe. Wątroba powiększona o brzegu równym, gładkim, na ucisk bolesna. Brzuch lekko wzdęty, przy ucisku bolesny; nerki niebolesne (oklepywaniem). Odczyn Pirqueta miejscowy i ogólny bardzo silny.

Cukromocz pokarmowy (100 gr dekstr.) ujemny; cukromocz pokarmowy adrenalinowy (po wstrzyknięciu 75 cent. miligr. adrenaliny i podaniu 100 gr dekstr.) dodatni; cukier wydziela się po 3 godzinach w ilości 1·2%; ciśnienie krwi po adrenalinie nie zmienia się. Obraz krwi: c. b. 4.200, c. cz. 5.400.000, Hb 85%, wskaźnik 0.8. Limfocytów 17%, neutrochł. 69%, eozynochł. 8%, przejść. 1%, jednojądrz. 3%, myelocyt. 2%.

Wydzielanie U:

Tab. 6.

Ilość	Cięż. gat.	N. gr.	U. gr.	dyeta
1450	1.010	7.815	0.3219	bezpurynowa
1770	1.006	7.062	0.2429	»
1950	1.005	5.578	0.1374	»
2000	1.008	10.104	**0.4935**	26 gr nuklein. sodu
1760	1 008	9 954	0.2605	bezpurynowa
1840	1.007	—	0.2980	»
1320	1.010	5 691	0.2326	»

W przypadku tym widzimy dość duże wahania w wydzielaniu N; wartości dla U tak w okresie wstępnym, jak i końcowym, małe; po podaniu 20 gr. nukleinianu sodu następuje wydzielanie U egzogenicznego szybkie, w jednym dniu się kończące, lecz niezbyt wzmożone.

VII. K. S, l. 14. L. dz. 214. Dystrophia adiposo-genitalis.

Historya choroby, podana przez matkę chorej: Chora po urodzeniu miała dużą głowę, zresztą była wzrostu prawidłowego; zaczęła chodzić w 12. miesiącu życia, ząbkować w 9. miesiącu; w 3. roku chorowała na oczy wśród gorączki, bólów głowy i oczu oraz drgawek, poczem oślepła; od tego czasu nie widzi całkiem; porażeń nie miała; urosła wogóle niewiele; od dzieciństwa była stale gruba, jakby nalana. Chora do szkoły nie chodziła z powodu ślepoty; inteligencya nie upośledzona. Dolegliwości chora niema żadnych. Dziedziczność: ojciec nałogowy pijak; z 7 rodzeństwa 5 zmarło w krótkim czasie po urodzeniu; rodzeństwo chorej żyjące jest zdrowe i wzrostu prawidłowego. Poronień matka chorej nie przechodziła.

Wynik badania: Wzrost 137 cm. ciężar ciała 45 kg. Chora mówi głośno i wyraźnie, pamięć ma dobrą, umie dodawać nawet liczby złożone. Stan psychiczny bez zmian. Odżywienie dobre, kościec prawidłowy. Skóra elastyczna, gruba, blada, podściółka tłuszczowa silnie rozwinięta, zwłaszcza na brzuchu i piersiach, gdzie się fałduje; kończyny krótkie, grube. Owłosienia brak; chora nie miesiączkuje jeszcze. Czaszka duża, wysoka, guzy wybitnie zaznaczone, obwód 59 cm; włosy bez zmian; brzegi powiek pokryte strupkami. Spojówki zaczerwienione; źrenice równe, oddziałują prawidłowo. Nos szeroki, siodełkowaty, skrzydła nosowe szerokie, odstające; wargi grube; zęby daleko od siebie osadzone; język gruby; migdałki powiększone. Szyja krótka, gruba, gruczoł tarczowy niemacalny. Tętno prawidłowo napięte, 86. R. R 105. Serce oraz narządy wewnętrzne bez zmian. Mocz bez białka i cukru. Obraz krwi: c. b. 7.200, c. cz. 4.960.000, Hb 90%, wskaźnik 0.9. Limfocytów 33%, neutrochł. 51%, eozynochł. 5%, przejść. 4%, tucznych 2%, jednojądrz. 2%, myelocyt. 3%.

Badanie rentgenograficzne rąk i nóg nie stwierdza zmian patologicznych; rentgenogram czaszki wykrywa powiększone siodełko tureckie. Cukromocz pokarmowy ujemny; cukromocz pokarmowy adrenalinowy (1 miligram adrenaliny podskórnie) dodatni: cukier wydziela się po 3 godzinach w ilości 2.4%.

Odczyn Wassermanna ujemny. Badanie okulistyczne stwierdza: atrophia n. optic., nystagmus oscillator. oculi dextri.

Wydzielanie U:

Tab. 7.

Ilość	Cięż. gat.	N. gr.	U. gr.	dyeta
980	1.018	8.300	0.3307	bezpurynowa
1070	1.017	10.276	0.3141	»
840	1.018	8.584	0.3150	»
870	1.019	9.731	**0.5490**	20 gr nuklein. sodu
850	1 920	11.757	**0 4621**	bezpurynowa
880	1 020	10.890	**0.4662**	»
950	1.018	7.740	0.2850	»
860	1.020	10 631	0.3805	»

W przypadku tym wydzielanie U endogenicznego jest mniejsze, niż prawidłowo; po podaniu ciał purynowych wydzielanie wzmaga się, lecz niezbyt wysoko, natomiast trwa długo, bo przeciąga się aż przez 3 dni.

(Dokończenie nastąpi).

O zapaleniu ziarnistem spojówki.

Podał

Dr Maryan Szafnicki,

c. k. starszy lekarz szpitala jagliczego w Sternbergu Morawskim.

Jaglica nie budzi dziś przeważnie zajęcia. Jest to sprawa tak dobrze przez okulistów znana, że tak powiem, »nieciekawa« choroba, którą leczy się z pewną niechęcią, ponieważ nie przedstawia żadnego naukowego interesu. Zdawaćby się mogło, że skoro tylko wyszukamy wywołujący ją drobnoustrój, to kwestya będzie całkowicie załatwiona. W poszczególnych klinikach są oddzielne ambulatorya, przeznaczone dla jaglicy; lekarz, przydzielony do prowadzenia takiego ambulatoryum, zwykle z utęsknieniem wyczekuje tej chwili, kiedy będzie mógł w innym dziale okulistycznym pracować, uważając za stracony ten czas, kiedy się nic więcej nie robi, tylko zapuszcza roczczyny soli srebrowych lub miedziowych do ócz. Leczenie jaglicy powierzano nawet nielekarzom: w Niemczech były urządzane specyalne kursa dla rozpoznawania i leczenia jaglicy u dzieci szkolnych przez nauczycieli, w Rosyi w wielu miejscowościach opieka nad t. zw. punktami jagliczymi powierzona jest felczerom, ludziom o małej bardzo inteligen-

cyi. Leczenie i rozpoznawanie jaglicy również i w klinice uważa się za najłatwiejszy dział, przeznaczając do prowadzenia jego najmłodsze siły. A jednak jaglica nie zasługuje na takie traktowanie jej po macoszemu; klinika tego cierpienia kryje w sobie jeszcze dużo ciekawych stron, które niestety, wobec ogólnego uprzedzenia do tej choroby, uchodzą uwagi wielu lekarzy specyalistów. Wielorakość przejawów, tak różny, i czasem, pomimo najstaranniejszego dochodzenia, niczem nie wytłomaczony przebieg choroby, raz łagodna, to znów nadzwyczaj złośliwa postać, — wszystko to zmusza do zastanowienia się nad tą chorobą i daje powód do różnych przypuszczeń i wniosków.

Podczas mego $5^1/_2$-letniego pobytu w klinice krakowskiej prof. Wicherkiewicza miałem sposobność zbadać około 45.000 chorych. Uwzględniwszy, że przynajmniej 20—25% tej liczby stanowili chorzy, dotknięci zapaleniem egipskiem, miałem w swojej obserwacyi przeszło 10 tysięcy trachomatyków, bo po największej części chorzy ci leczyli się ambulatoryjnie. Obecnie od 3 miesięcy, jako lekarz wojskowy, mam oddział, przeznaczony wyłącznie dla chorych na jaglicę lub takich, u których zachodzi podejrzenie co do tej choroby. Przez ten stosunkowo krótki czas miałem w stałem leczeniu przeszło 600 chorych.

Materyał kliniczny, zawsze dokładnie badany (wielokrotnie przez prof. Wicherkiewicza i innych asystentów jego kliniki), w cięższych przypadkach histologicznie i bakteryologicznie, nasunął mi pewne przypuszczenia. Obecnie mając w leczeniu jedynie jaglicę w najróżnorodniejszych okresach i postaciach u wszystkich narodów, zamieszkujących monarchię austryacko-węgierską, a więc: u mieszkańców gór i nizin, bagien i stepów, miast i wsi, u robotników fabrycznych różnych gałęzi przemysłu, u rolników, rzemieślników, kupców, zawodowych żołnierzy, jednem słowem — sposobność, jakiej przed wojną żaden szpital, żadna klinika, a tem bardziej lekarz prywatny w takiej mierze nigdy nie mieli, spostrzegam niejednokrotnie, że moje przypuszczenia, powstałe jeszcze podczas mej czynności w klinice krakowskiej. obecnie potwierdzają się zupełnie.

Zanim przejdę do omówienia moich przypuszczeń, chciałbym przedstawić mnogie obrazy tej, nie zawsze tak niebezpiecznej, choroby; chciałbym dokładniej przedstawić różne okresy i przejawy tego cierpienia, pomijając badanie bakteryologiczne, które, pomimo wielu prac w tym kierunku, do tej chwili nie dało takich wyników, jakich się po nich spodziewano. Pozostaje nam dotychczas do badania jaglicy jedynie wywiad i badanie zewnętrzne powiek; i tylko tymi sposobami posługiwałem się.

Z powodów, które niżej podam, przed opisaniem przejawów jaglicy, muszę poświęcić trochę miejsca sprawom chorobowym, których obraz kliniczny przypomina czasami łudząco jaglicę.

Przedewszystkiem wymienić należy zapalenie mieszkowe (conjunctivitis follicularis). W podręczniku Fuchsa jest ściśle przeprowadzona różnica między tą chorobą i jaglicą; tosamo słyszałem z ust mego nauczyciela prof. Wicherkiewicza. A więc: przy zapaleniu mieszkowem charakterystyczne grudki, ziarna, znajdują się tylko w załamku dolnym, ułożone w jeden lub dwa rzędy, jak sznur pereł, wszystkie ściśle ograniczone, równej wielkości; spojówka jest miernie przekrwiona. Skargi chorego bywają różnorakie: uczucie piasku pod powiekami, świąd, wieczorem zwłaszcza potęgujący się, to znów uczucie suchości, niemożność dłuższego czytania, zwłaszcza przy sztucznem oświetleniu, wreszcie tacy chorzy skarżą się, że oczy rano bywają zalepione; czasami znów zapalenie mieszkowe nie sprawia zgoła żadnych dolegliwości. Choroba ta zdarza się zwłaszcza u dzieci, szczególnie w zamkniętych zakładach wychowawczych, lub u osób starszych, pracujących w pyle, lub wielką część dnia spędzających w kawiarniach i innych niedostatecznie przewietrzanych lokalach; może wybuchać endemicznie, mija często nawet bez leczenia, a tylko pod wpływem odpowiednich warunków higienicznych, nie pozostawiając żadnych śladów. Lecz już w nowszych podręcznikach Römera i Axenfelda czytamy, że w pewnych razach odróżnić zapalenie mieszkowe od jaglicy nie jest tak łatwo; często dopiero końcowy wynik leczenia bez pozostawienia blizn dowodzi, że chodziło o zapalenie mieszkowe, a nie o jaglicę. Autorzy ci piszą, że usadowienie ziarn jest również i przy zapaleniu mieszkowem na górnym załamku nie wykluczone, wielkości ziarn mogą być różne, a badanie histologiczne, które jako cechę podaje: duże ziarna o niewyraźnej granicy przy jaglicy, małe o wyraźnej granicy ziarna przy zapaleniu mieszkowem. również zawodzi i często wykazuje ziarna podobne do jagliczych przy zapaleniu mieszkowem. A więc cóż nam właściwie pozostaje do odróżnienia jaglicy od zapalenia mieszkowego? Jedynie zmiany na spojówce po przebytem zapaleniu wskażą, że mieliśmy z czemś poważniejszem do czynienia. A więc do rozstrzygnięcia rozpoznania musielibyśmy czekać kilka miesięcy, a nieraz nawet lat. A do tego czasu co mamy z chorym począć? Czy oddzielić go od otoczenia, wyłączyć z towarzystwa, zabronić dziecku chodzić do szkoły, przyczyniając tem niepowetowaną szkodę i jemu i społeczeństwu? Są głosy, że chorzy z takiemi zmianami spojówkowemi, przebiegającemi bez wydzieliny, nie są niebezpieczni dla otoczenia; a jeśli mają wydzielinę, to jak z nimi postępować? Podczas mej klinicznej czynności miałem w leczeniu dużo chorych, dotkniętych jaglicą, u których brak było prawie zupełnie wydzieliny pomimo bardzo wybitnych zmian na obu powiekach. Większa część tych chorych zupełnie nie przypuszczała, że ma chore oczy i nie poddając się badaniu lekarskiemu, chciała wyjechać do Ameryki; wielu z nich miało nawet wybitne blizny, świadczące o przebytej jaglicy, która jednak oszczędziła rogówkę, nie pozostawiając żadnych przez chorego odczuwanych zmian. I obecnie mam w leczeniu kilka podobnych przypadków: wybitne ziarna na obu powiekach, a pomimo to chorzy zupełnie tego nie odczuwają, skarżąc się jedynie, i to nie wszyscy, że rano powieki są nieco zlepione; podnieść zaś trzeba, że skargi moich chorych nigdy prawie nie bywają mniejsze, niż na to dana dolegliwość zasługuje, a częściej bywa przeciwnie z powodów, nie wymagających chyba bliższego wyjaśnienia. Znacznie więcej dolegliwości i obfitszą wydzielinę miewają nieraz chorzy na zapalenie mieszkowe, a jednak tych należy uważać za nie przedstawiających niebezpieczeństwa dla otoczenia, gdy tamtych każą nam dotychczasowe zwyczaje na bardzo nieraz długi czas usunąć poza nawias zwykłego życia! Powstaje pewna sprzeczność, dla której chyba najłagodniejszą nazwą będzie: okulistyczne nieporozumienie. Może mi kto zarzucić, że jaglica, nie wywołąc u jednego chorego prawie żadnych zmian, przeniósłszy się na nowe podłoże, może wywołać całkiem inne, daleko cięższe zmiany. Nie zapomniałem o tej, tak ważnej możliwości i będę miał sposobność jeszcze niżej o niej więcej powiedzieć.

Jeżeli z powodu zapalenia tęczówki zapuszczamy przez dłuższy czas rozczyn atropiny, to choroba tęczówki mija, ale niejednokrotnie powstaje zapalenie mieszkowe spojówki z bardzo silnym rozwojem ziarn, i to na obu powiekach. Bez znajomości powodu tego zapalenia uważalibyśmy je zawsze za wybitną postać zapalenia mieszkowego, lub, co jest właściwie zasadniczo absurdem, za jednostronną jaglicę. Tosamo może wywołać rozczyn ezeryny (Axenfeld).

Römer pisze w swym podręczniku, że ziarna mogą się wytwarzać w przebiegu cięższych postaci zapalenia spojówki, wywołanego przez pneumokoki.

W klinice krakowskiej miałem sposobność kilka razy spostrzegać silny przerost spojówki górnego załamka z wieloma ziarnami, jako odczyn po niecałkowicie usuniętej ości zbożowej.

Gruźlica spojówki w początku, gdy się nie zdążyły jeszcze wytworzyć owrzodzenia, daje również obraz podobny, jak jaglica.

Po opisaniu tych podobnych do jaglicy stanów prze-

chodzę do jaglicy w ścisłem tego słowa znaczeniu. Pomijając na razie typowy obraz jaglicy, chciałbym zwrócić uwagę na kilka postaci tego cierpienia, które w ciągu mej okulistycznej praktyki miałem sposobność widzieć, a które zmusiły mnie swą niejasnością już to obrazu klinicznego, już to wywiadów, do głębszego zastanowienia się nad tą tak niby dobrze znaną chorobą. Dotychczasowe badania, podjęte przez najtęższych okulistów, wykazały, że sprawa wykrycia zarazka jaglicy nie jest łatwa z wielu powodów, o których nie miejsce tu wspominać; zanim zaś zarazek zostanie wykryty, musimy sobie jakoś inaczej dawać radę i starać się o to, by tylko tam rozpoznawać jaglicę, gdzie ona rzeczywiście jest. Bo twierdzę stanowczo (a mam na to liczne dowody), że chociaż początek jaglicy kryje się w mroku przeszłości i choroba ta trapi ludzkość od tylu wieków, to jednak my, okuliści XX wieku, nie umiemy jej dokładnie rozpoznawać i od innych podobnych schorzeń spojówki odróżnić.

Było zwyczajem w klinice krakowskiej, że gdy rodzice przyprowadzali dziecko z typową jaglicą, to chociaż wywiady nic nie wspominały o jaglicy u rodziców, poddawano ich również badaniu. Dość często zdarzało się widzieć u tych ludzi wybitne blizny po przebytem zapaleniu, ale żadnych zmian na rogówkach, ani w ustawieniu rzęs, a badany, na pytanie, kiedy chorował na oczy, ze zdziwieniem stanowczo twierdził, że nigdy na oczy nie chorował i u lekarza nie był. A byli to przeważnie ludzie z gminu, wychowani i pracujący w bardzo niehigienicznych warunkach, wśród pyłu, skwaru, w dusznych pomieszczeniach. I w takich warunkach ta, tak straszna kiedyindziej, choroba minęła, pozostawiając nic nieznaczące ślady. Podobne przypadki mam w swoim szpitalu:

1. Żołnierz, Polak, rolnik z zawodu, badany przez lekarza pułkowego, został przysłany do mnie z rozpoznaniem jaglicy, z przejściem w okres bliznowacenia. Chory nie wiedział zupełnie, dlaczego go przysłali do szpitala, to też miałem wiele trudu, zanim mu wytłomaczyłem, że ma chore oczy; bronił się formalnie przed zapuszczeniem lekarstwa i prosił o odesłanie go zaraz z powrotem do kadry.

2. Inny żołnierz, K. M., Rusin, rolnik (L. prot. 862), nigdy na oczy nie chorował i obecnie nie skarży się na żadne dolegliwości; swego czasu nie wzięty do wojska z powodu jaglicy, teraz po 13 latach powołany. Badanie spojówek wykazało bardzo obfite, różnej wielkości ziarna, lecz zajmujące tylko dolną powiekę: jaglicę rozpoznał u tego chorego docent okulistyki, więc nie można w tym przypadku mieć żadnych wątpliwości, a jednak dziwny to przypadek jaglicy, która przez czas kilkunastoletniego trwania na powiece dolnej nie zdołała zająć spojówki powieki górnej tegosamego oka. Chorego tego miałem w szpitalu 37 dni, podczas tego ziarna nieco się zmniejszyły pod wpływem przetworów miedziowych; niestety, w myśl obowiązujących przepisów, dłużej chorego zatrzymać nie mogłem. Odesłałem go z zupełnie jednak spokojnem sumieniem, jako niezakaźny przypadek, do kompanii.

3. Żołnierz H. S, Rusin, rolnik (L. prot. 933), od 2 miesięcy przebywa w różnych szpitalach jagliczych, sam nie skarży się na żadne dolegliwości oczne, a jednak badanie wykazuje: obfite ziarna na dolnej powiece i mierny przerost spojówki na górnej obu ócz; chorego tego mam w dalszem leczeniu od dwóch tygodni i na razie zmian nie spostrzegam.

4. Inny przypadek również nie jest pozbawiony ciekawych cech. T. P., Polak, rolnik (L. prot. 953), od czterech lat cierpi na oczy; przed wstąpieniem do wojska leczył się w żywieckim szpitalu przez 2 miesiące, ale lekarz, wedle słów chorego, nie mógł stanowczo powiedzieć, czy to jest jaglica, czy też tylko zapalenie (prawdopodobnie zwykłe nieżytowe); po wzięciu do wojska zaraz odesłano chorego do szpitala jagliczego w B. Chory, o bardzo małej inteligencyi, nie umie podać, jak się nazywał tamtejszy lekarz, lecz zeznania innych chorych, również z B. do mnie przysłanych, wskazują, że czynny tam jest bardzo znany na polu naukowem okulista, który miał dużo już w swojem życiu z jaglicą do czynienia. Chory był leczony w B. przez 2 miesiące. Obecny stan przedstawia się, jak następuje: Między rzęsami zaschła skąpa wydzielina ropna, spojówka powiek, zwłaszcza dolnej, silnie przekrwiona z dość wybitnym odcieniem szarawym, zupełnie gładka, lśniąca, bez żadnego ziarna [nawet zwykłej grudki (follikułu) dopatrzeć się nie można], ani śladu blizn; na górnej powiece odcień szarawy mniej wybitny. Powaga lekarza w B., ordynującego w dość dużej ilości rozczyny srebrowe, każe nam przypuszczać, że spojówki tego chorego jeszcze przed 2 miesiącami przedstawiały typowy obraz jaglicy, i to zapewne ciężkiej, kiedy przy leczeniu jej przez specyalistę przyszło aż do wytworzenia się srebrzycy (o lekarstwach, jakie stosowano w Żywcu i B., umie chory zupełnie dokładnie powiedzieć), ale z drugiej strony, cóż to za dziwne było »ciężkie« zapalenie, które po 2-miesięcznem leczeniu minęło, pozostawiając ślad nie po sobie, lecz po lekarstwach, stosowanych przeciw niemu.

5. Żołnierz E. J., Węgier, rolnik (L. prot. 770), przysłany do mnie z oddziału jagliczego w O. 13 lutego; odpis historyi choroby wskazuje, że chory ten cierpiał na oczy 2 miesiące przed przyjściem do tamtejszego szpitala i leczył się poprzednio w szpitalu rezerwowym w L. Odpis historyi choroby z tego czasu brzmi: Od 29. X. 1915 choruje na oczy. St. praes.: Pr. o: spojówka chrząstki i załamka silnie zgrubiała, rozpulchniona, nierówna, wieloma drobnemi ziarnami i przerosłemi brodawkami pokryta, spojówka gałki nieco przekrwiona, nastrzykanie rzęskowe, na rąbku rogówkowym dookoła, najsilniej górą, krótkie liczne powierzchowne naczynia, mierny światłowstręt i łzawienie. L. o: spojówka chrząstki lekko przekrwiona, na załamkowym brzegu nieco zgrubiała. Leczenie: pr. o. 2% lapis, atrop., l. o. collyrium adstr. Po 4 tygodniach: Pr. o. spojówka mniej obrzękła, bledsza, spojówka gałki bardzo nieznacznie przekrwiona, wydzielina skąpa, l. o. jak poprzednio. Przed przyjściem do szpitala zawsze zdrów, nikt z domowego otoczenia na oczy nie chorował. Stan w dniu 15. XII.: Pr. L. o: spojówka powiek silnie przekrwiona, rozpulchniona, szorstka, w ogólności licznemi bliznami jagliczemi pokryta; zastosowano przetwory miedziowe. 8. I. 1916 zapisano, że przekrwienie i obrzęk ustąpiły. Badając chorego pierwszy raz 13. II. 1916, znalazłem ostry nieżyt z silnym przerostem ciała brodawkowego na prawem oku, podobny stan, tylko w mniejszym stopniu, na lewem oku. W 2 tygodnie później sprawa na prawem oku nie osłabła pod względem przekrwienia, natomiast wystąpiły wyraźnie wybitnie przerosłe brodawki na obu powiekach; lewe oko w tym czasie znacznie zbladło, a przerost ciała brodawkowego wybitnie się zmniejszył. Po dalszych 2 tygodniach sprawa na prawem oku przeszła w typowy stan przewlekłej jaglicy (conj. papillo-trachomatosa) z bardzo skąpą wydzieliną i nieznacznem przekrwieniem spojówki; lewe oko wyglądało już w tym czasie zupełnie prawidłowo, sprawa minęła bez najmniejszego śladu. Obecnie prawe oko wygląda znacznie lepiej, ale pomimo to do dzisiejszego dnia przerost ciała brodawkowego i mierne przekrwienie spojówki utrzymuje się od kilku tygodni. Stosowałem na prawem oku różne przetwory miedziowe, lecz w ostatnich dniach chory począł się skarżyć, że mu po tych środkach gorzej; rzeczywiście, przekonałem się, że nawet $^1/_2$% rozczyn siarczanu miedzi wywołuje silne podrażnienie; wobec tego stosuję od 10 dni tylko lekkie środki odkażające w maści lub płynie ku obopólnemu zadowoleniu.

W nowszych czasach zwrócono uwagę na inną sprawę, przypominającą jaglicę, a myślę tu o »conjunctivitis Parinaudi«. Choroba ta, przez niektórych okulistów nie uznawana za oddzielny typ, wyglądająca zupełnie jak jaglica jednego oka, a jednak wydzielona w specyalny rodzaj, bo jakżeby mogła istnieć jaglica, i to ostra — choroba tak zakaźna — na jednem oku, pozostawiając drugie nietknięte. A jednak prof Wicherkiewicz nie uznawał tego typu zapalenia spojówki za oddzielną chorobę i bronił się przed myślą, by jakakolwiek inna choroba, niż jaglica, mogła dawać podobny obraz chorobowy. A jednak sprawa nie przedstawia się tak prosto i, wprawdzie rzadko, lecz zdarzają się przypadki, że zmiany, zupełnie przypominające jaglicę, spostrzegamy pomimo najdokładniejszego badania (także lupą), tylko na jednem oku. Pomijając kilka przypadków, spostrzeganych w klinice krakowskiej, miałem sposobność teraz na moim oddziale leczyć dwa podobne. Jeden, to wyżej opisany przypadek 5., oprócz mnie badany przez dwóch innych specyalistów, którzy obaj zgadzają się ze mną, że lewe oko jest zupełnie zdrowe, a prawe przedstawia typowy obraz jaglicy. Drugi przypadek podobny, chociaż może mniej wybitny, ale pomimo to wobec naszych dotychczasowych pojęć o jaglicy — zagadkowy.

6. K. K., Polak, wieśniak (L. prot. 893). Wywiady wskazują, że choroba ócz rozpoczęła się przed 3 laty równocześnie na obu oczach. Po wzięciu do wojska posłano chorego zaraz do szpitala jagliczego w D., gdzie był leczony przez 3 miesiące, poczem, według słów chorego, oczy przestały zupełnie ropieć i były całkiem blade. Odesłany, jako ozdrowieniec, do pułku, wraca już po 8 dniach, tym razem do mnie, w następującym stanie: Powieki prawego oka silnie obrzękłe, obfita wydzielina ropna, spojówka powiek i gałki silnie przekrwiona. Spojówka powiek pokryta tak licznemi ziarnami różnej wielkości, że ziarna te wprost ugniatają się wzajemnie, o zabarwieniu szaroczerwonem, gruczoł przyuszny prawy wielkości małego orzecha laskowego, twardy, bolesny. Oko lewe blade, poza lekkim przerostem ciała brodawkowego na spojówce chrząstkowej powieki górnej i kilku grudek (follikułów) w załamku dolnym nie przedstawia żadnych śladów przebytego zapalenia jagliczego. Typowy obraz zapalenia Parinauda. Chorego tego mam w leczeniu już 4 tygodnie, sprawa na prawem oku znacznie się poprawiła, ziarna się przypłaszczyły, straciły żywe zabarwienie, obrzęk powiek ustąpił, gruczoł przyuszny wrócił do stanu prawidłowego; jedynie wydzielina, lubo w znacznie słabszej mierze, utrzymuje się jednak, a lewe oko, pozostawione samo sobie, bez żadnych ochronnych zarządzeń, nie przedstawia żadnych innych nowych zmian.

Wspomnieć tu muszę, że oddział mój zupełnie się na szpital jagliczy nie nadaje. Mam jedną wielką salę, przerobioną z teatru, gdzie na dole leży 80 chorych, którzy tylko w ten sposób są oddzieleni co do stopnia ciężkości choroby, że leżą oddzielnymi rzędami. Na galeryi, w tejże samej sali, gdzie jest bardzo duszno, leży 25 chorych, obok, prawdopodobnie w dawnej czytelni, leży 36. Chorzy cały wolny czas poza zabiegami lekarskimi, t. j. około 6 godzin dziennie, spędzają razem, czy to ćwicząc się, czy też oddając się różnym rozrywkom na świeżem powietrzu, więc o zasadniczem oddzielaniu cięższej od lżej chorych mowy niema; a pomimo to w takich warunkach jaglica, znajdująca się w ostrym okresie już przez 4 tygodnie, nie przenosi się u tego samego chorego z jednego oka na drugie.

Czyż takie przypadki potwierdzają nasze dotychczasowe poglądy na zaraźliwość jaglicy? Czyż może być większe niebezpieczeństwo zakażenia, jak jednego oka od drugiego? Czyż mało znamy przypadków zapalenia wiewiórowego, gdzie początkowo choroba jednego oka pomimo najstaranniejszej opieki lekarskiej, pomimo zalepiania zdrowego oka kollodyum ze szkiełkiem zegarkowem i całego szeregu innych zarządzeń, przenosi się na drugie oko; a tu bez takiego ochraniania, w niezupełnie odpowiednich warunkach, u ludzi mało inteligentnych, jaglica, tak niby bardzo zaraźliwa i czasami może równie niebezpieczna, jak tryper spojówki, pozostawia w spokoju najbliższe sąsiedztwo? Czyż zjawisko to nie wydaje się znów conajmniej dziwnem?

Pobudza do zastanowienia się jeszcze jedna sprawa, niestety najsmutniejsza i często zniechęcająca nawet do naszej, skądinąd tak wdzięcznej specyalności; to te przypadki jaglicy, na szczęście nieliczne, gdzie pomoc nasza pozostaje bez żadnego skutku. Znam dokładnie przebieg jednego z takich przypadków od pierwszej prawie chwili wybuchu choroby, ponieważ inteligentny chory zaraz spostrzegł swoje cierpienie i natychmiast zgłosił się do najlepszego specyalisty; ten robił, co tylko mógł, stosował wszystkie zachwalane przeciw jaglicy środki, a jaglica postępowała niemal z godziny na godzinę, zajęła rogówkę, wgryzła się w nią naczyniami i wywołała jej pęknięcie ze wszystkiemi poważnemi jego następstwami, a potem po długich miesiącach zamarła pod bliznami spojówkowemi, pozostawiając nędzne resztki oka, nadające się już jedynie do lepszego ustawienia protezy.

I to ma być znów również tylko tasama jaglica, co w poprzednich przypadkach, tasama, co kiedyindziej zajmuje tylko jedno oko, nie naruszając rogówki, tasama, która przebiega bez śladu prawie u ludzi, o oczy wcale nie dbających i nie leczących się, tasama, która niejednokrotnie tak łagodną przybiera postać, że chorzy jej zupełnie nie odczuwają, a lekarz specyalista z trudem odróżnić ją może od zmian, wywołanych atropiną lub innemi substancyami chemicznemi, tasama, która daje powód do pomyłek rozpoznawczych z zapaleniem mieszkowem?

Takich ciekawszych przypadków byłoby bezsprzecznie znacznie więcej, gdybym był na nie dawniej więcej uwagi zwracał.

Dlaczego jaglica, ta bezwarunkowo zakaźna choroba, przebiega pod tak różnorodnymi obrazami klinicznymi, jest dotychczas niczem niewytłómaczonem zjawiskiem. Przykładu podobnego trudnoby się było doszukać w przebiegu jakiejkolwiek innej choroby zakaźnej, a zwłaszcza takiej, która nawiedza ze szczególnem upodobaniem pewne narządy.

W jaglicy nigdy najdoświadczeńszy praktyk nie może stanowczo powiedzieć, czy sprawa nie przejdzie na rogówkę, czy się rzęsy ku rogówce nie zwrócą, a przedewszystkiem nie może on choremu odpowiedzieć na pierwsze i najważniejsze pytanie, jak długo potrwa choroba i czy długo będzie on niebezpieczny dla otoczenia. Dotychczas na pytanie, czy dany świeży przypadek jaglicy jest zaraźliwy, chociażby nie było wydzieliny, lekarz nie może odpowiedzieć bez wahania ani tak, ani nie. Jeśli się zdarzy przypadek taki w rodzinie, to sumienny lekarz, obok leczenia, kontroluje dla własnego spokoju oczy całego najbliższego otoczenia. Okulista woli raczej powiedzieć, że, choć dany przypadek przedstawia jaglicę o małem nasileniu, to jednak tosamo zapalenie, przeniósłszy się na inne oko, może przybrać daleko gorszą postać. Zdanie takie słyszałem niejednokrotnie z ust prof. Wicherkiewicza. Czy jest ono słusznem? Czy mamy prawo tak mówić, zanim poznamy zarazek prawdziwej jaglicy? Wtedy, gdy się przekonamy, że jeden i tensam drobnoustrój pod wpływem takich a takich przyczyn może wywołać łagodną i złośliwą, krótko lub długo trwającą, przemijającą bez śladów lub ze śladami jaglicę, wtedy dopiero będziemy mogli z całą pewnością powiedzieć, że, chociaż obraz kliniczny bywa różny, lecz choroba jest zawsze tasama, wtedy to napewno będziemy mogli wiele objawów naprzód przewidzieć i odpowiednio im zapobiegać.

A więc zmuszeni jesteśmy do wyboru dla jaglicy jakiegoś stałego klinicznego obrazu. Pewnie, że nie mając na razie podstawy bakteryologicznej, nie uchronimy się i w przyszłości od błędów rozpoznawczych, ale może nie będzie ich tak wiele, jak dotychczas, a rzecz ta nie pozbawiona jest wielkiego znaczenia wobec zarządzeń, podejmowanych przeciw jaglicy.

Dotychczas obraz kliniczny jaglicy był w podręcznikach okulistycznych w następujący sposób przedstawiany. Jaglica objawia się z początku jako ostre zapalenie spojówki na obu oczach równocześnie lub rzadziej na drugiem oku dopiero po kilku dniach, z obfitą wydzieliną śluzowo-ropną; spojówki silnie przekrwione i obrzękłe nie pozwalają na razie spostrzegać innych zmian. Po pewnym czasie, który się nie da ściśle oznaczyć, ten ostry stan ustępuje i wtedy spostrzegamy na spojówce obu powiek albo rozliczne, różnej wielkości, żywo-czerwone ziarna, najwybitniejsze w obu załamkach, najmniej widoczne na spojówce chrząstkowej, gdzie mają postać żółtawych, płaskich, drobnych wyniosłości. Albo też przybiera jaglica w tym okresie postać brodawkową, charakteryzującą się silnym przerostem ciała brodawkowego, przypominającą przewlekły nieżyt spojówki, a różniącą się od niego: przekrwieniem, wydzieliną i większym przerostem brodawek. W tym okresie może jaglica pozostawać miesiące, a nawet lata; podczas tego mogą powstać charakterystyczne zmiany na rogówce, poczynające się na górnym rąbku, w tym czasie powstaje i druga cechująca jaglicę zmiana, opadnięcie powieki górnej. Po dłuższem lub krótszem trwaniu tego okresu sprawa sama się niejako cofa: spojówka blednie, ziarna lub przerosłe brodawki potrosze znikają, a w miejsce ich zjawiają się początkowo bardzo delikatne, a następnie coraz silniejsze rozrosty tkanki łącznej, niesłusznie nazwane

bliznami. Tkanka ta, z czasem kurcząc się, wywołuje bardzo przykre i nieraz niebezpieczne dla oka objawy: zniesienie załamków i co za tem idzie, ograniczenie ruchów gałki ocznej, a drugi, jeszcze ważniejszy, nieprawidłowe ustawienie rzęs wskutek rowkowatego wygięcia się chrząstki powieki górnej (objaw Bourowa), które teraz przy każdym ruchu powiek trą rogówkę, wywołując wprost mechanicznie różne cierpienia; lecz te dwa objawy, wprawdzie bardzo przykre, nie są jeszcze najgorsze, ponieważ możemy z nimi walczyć, usuwając je częściowo lub zupełnie drogą operacyjną. Bez porównania gorszy jest trzeci objaw, zeschnięcie spojówki i rogówki, bo walka z nim jest bezskuteczna, a rola nasza ogranicza się w takich razach jedynie do zmniejszania dolegliwości.

(Dokończenie nastąpi).

Zapalenie pryszczykowe cewki moczowej (urethritis phlyctaenulosa)

podał

Dr Karol Poliwka (Marmarosz-Sziget).

Dwa są główne objawy kurczu zwieracza cewki, a mianowicie: względne czy czasowe utrudnienie oddawania moczu i opór, odczuwany przy przeprowadzeniu zgłębnika do pęcherza. Trudność oddawania moczu u dorosłych charakteryzuje się długiem czekaniem na strumień moczu, łatwem przerywaniem się strumienia przy drobnej przyczynie, jak wskutek obecności drugiej osoby, przestrachu i t. d. Po skończonym głównym akcie oddawania moczu odpływa jeszcze mocz mimowolnie wskutek mimowolnego skurczu i rozkurczu zwieracza. U dzieci kurcz zwieracza objawia się szczególnie zatrzymaniem moczu, bólem i krzykiem przy moczeniu. Rodzice, zgłaszając się do lekarza, podają, że dzieci przy oddawaniu moczu chwytają rękami za części rodne, często zaś zdarza się, że mocz nie odchodzi. Zatrzymanie to jest pozorne, bo dzieci zwykle oddają mocz albo w kąpieli, albo w drobnych ilościach, które łatwo uchodzą uwagi rodziców. Przyczyny tego cierpienia są różne. Uszeregował je klasycznie Guyon ze swą szkołą. Dla przypomnienia przytaczam ten podział.

A. Przyczyny ośrodkowe:

1. Psychopatye: hipochondrya, neurastenia, histerya, nerwice.
2. Zmiany anatomiczne mózgu: niedokrwienie, nawały krwi, zapalenia, krwotoki.
3. Zmiany rdzenia: urazy, zapalenia ostre i przewlekłe.

B. Przyczyny obwodowe:

1. Sfera moczowopłciowa.

a) Tylna część cewki: ciała obce, urazy, zapalenia cewki i sterczu.
b) Przednia część cewki: ciała obce, urazy, zapalenia, zwężenie ujścia cewki, stulejka.
c) Pęcherz: kamienie, urazy, zapalenia, nowotwory.
d) Moczowody, nerki: kamienie, zapalenia.
e) Zmiany moczu: mocz amoniakalny, wysycony mocz kwaśny, skaza moczanowa, zołzowa, niedokrwistość, użycie ostrych przypraw, napojów.

2. Sfera odbytowa: świąd odbytu (pruritus ani), zapalenia odbytnicy, ciała obce, operacye wykonane w tej okolicy.
3. Podniecenie czynnościowe: nadużycia »in Venere«, onania, wzwody niezaspokojone.
4. Odruchy skórne i trzewne: stłuczenie miednicy, po operacyach, po oparzeniach, po przeziębieniach.

Wyszukać niektóre z tych przyczyn jest czasem niepodobieństwem wskutek trudności badania. Zwykle u dzieci przy braku zmian w moczu przyjmuje się jakąś ze spraw nerwowych następowych wskutek niedokrwistości, zołzów i t. p. lub odruchowych z narządów wewnętrznych, szczególnie z jelit.

W ostatnim roku miałem w leczeniu 10 dzieci, chorych na kurcz zwieracza w wieku od jednego roku do 4 lat. Matki podawały, że chłopcy wzbraniają się oddać mocz, przy moczeniu krzyczą przeraźliwie, chwytając się za prącie. Dzieci zawsze były względnie zdrowe, choroba rozpoczynała się niepostrzeżenie. Warunki, w których się dzieci wychowywały, były mierne lub niehigieniczne. Wszystkich chorych badałem jak najszczegółowiej. U wszystkich dało się stwierdzić powiększenie gruczołów chłonnych, kości cienkie ze zgrubieniami krzywiczemi, twarz z początku choroby obrzmiała, czerwona, u 4 pryszczykowe zapalenie spojówek (conjunctivitis phlyctaenulosa). W 2—3. tygodniu choroby dzieci bardzo podupadały, były blade od niewyspania. Mocz, kilkakrotnie u każdego badany, nie zawierał ani ropy, ani kryształków, był jasny, winnożółty, c. g. 1015—1018. Gruczoł krokowy niewykształcony, okolica nad spojeniem łonowem niebolesna. Ujście cewki albo prawidłowe, albo przy rozchyleniu zaróżowione, napletek czasem obrzękły przy wędzidełku. Wprowadzenie zgłębnika do pęcherza bardzo trudne, cewka bardzo wrażliwa.

Rozpoznanie kurczu zwieracza było we wszystkich przypadkach pewne; przyczyna byłaby niejasna, gdyby się nie była usadowiła w trzech przypadkach na samem ujściu cewki, mianowicie: naokoło ujścia lub na jego jednej wardze u 3 chorych żydów znajdował się mały pryszczyk o brzegach żywo zaczerwienionych, obrzękłych, a środku wyniosłym, żółtawym, nie dającym się usunąć ścieraniem. Na obwodzie tej wyniosłości były strzępy nabłonka. Widocznie wytworzył się tu najpierw pęcherzyk, który pękł, a dno pokryło się nalotem. Wydzielina skąpa, badana pod mikroskopem, zawierała nieliczne ciałka białe wielojądrzaste, nie zawierała bakteryi. Cała sprawa uderzała wielkością oddziaływania ze strony chorego. Istniejące równocześnie u jednego z tych 3 chorych pryszczykowe zapalenie spojówki nasunęło mi na myśl podobieństwo pod względem klinicznym: wszak na oku również mały guziczek na brzegu rogówki wywołuje tak silny odczyn, światłowstręt, kurcz powiek.

Mimo braku badania histologicznego nazwałbym ten rodzaj zapalenia cewki zapaleniem »pryszczykowem« (urethritis phlyctaenulosa), na podstawie 1) stanu ogólnego chorych, 2) ujemnego wyniku badania pod względem bakteryologicznym, 3) leczenia, 4) koincydencyi w 4 przypadkach na dziesięciu chorych z pryszczykowem zapaleniem spojówki. We wszystkich przypadkach, w których nie można wykazać przyczyny kurczu zwieracza, należy myśleć o usadowieniu się w cewce pryszczyka wyżej opisanego.

Leczenie zwyczajne, jak czopki z belladony, środki przeciwgnilne moczowe, nie zmniejszają w tym rodzaju przypadków wcale objawów. W leczeniu należy uwzględnić: 1) stan ogólny, 2) pożywienie, 3) leczenie miejscowe. Kąpiele i maść rtęciowa żółta 0·5—2%, zastosowane w przypadkach zewnętrznego usadowienia się pryszczyka, do tygodnia sprowadziły ulgę i zmniejszenie się odczynu zapalnego. Pożywienie powinno być pozbawione wszelkich odżywczych specyfików, wyciągów, czekolady, kawy, rosołu. Choroba trwa do 3 tygodni. Odprowadzania moczu zgłębnikiem nie należy przedsiębrać: pogarsza się przez nie zwykle stan wrażliwości zwieracza, a jeśli wprowadzenie uda się, to się przekonywamy, że moczu niema w pęcherzu.

Oceny i sprawozdania.

Kalendarz lekarski krakowski na r. 1917. Na wezwanie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego ułożył Dr Adolf Klęsk. Rok XXV.

Po dwuletniej, wojną spowodowanej przerwie, pojawia się znowu Kalendarz lekarski krakowski. Wznowienie tego pożytecznego wydawnictwa tem więcej zasługuje na uznanie, że z powodów łatwo zrozumiałych nie było ono łatwe; czytelnicy z pewnością też uwzględnią, że w dzisiejszych warunkach musiała się objętość kalendarza nieco zmniejszyć, a spis lekarzy musiał być ograniczony do zamieszkałych we Lwowie i w Krakowie. Wszystkie najważniejsze działy kalendarza pozostały jednak nieuszczuplone; nowością jest treściwie zestawiona »chirurgia wojenna«. Strona typograficzna (druk tym razem wykonała Drukarnia Ludowa) jest zupełnie zadowalniająca. R.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Emerytury służby sanitarnej i zaopatrzenie jej rodzin.

Napisał

Dr praw Franciszek Krzysik.

W zeszłym roku nawiedziły nasz kraj zarazy.

Z kolei czerwonka, potem cholera, w zimie ospa, a przez cały czas tyfus plamisty i brzuszny wybuchały z całą siłą i w pierwszych chwilach wystąpienia zmiatały liczne ofiary. Że nie przybrały tradycyjnych rozmiarów moru, to dzięki postępowi wiedzy lekarskiej, znakomitej organizacyi publicznej służby zdrowia, doświadczonej i niezmordowanej pracy krajowych władz sanitarnych, a w szczególności c. k. Namiestnictwa, prywatnej akcyi zacnych jednostek, które tworzyły organizacye do tłumienia epidemii i nieograniczonemu poświęceniu lekarzy, którzy się podjęli leczenia chorych i lokalizowania epidemii, a w dalszej konsekwencyi tłumienia jej w ognisku, i laików, którzy, jak siostry miłosierdzia i jak sanitaryusze, pod przewodnictwem lekarzy pielęgnowali chorych i spełniali najniższe, ale nie mniej niebezpieczne posługi, wymagające siły duszy i ciała i bezgranicznego poświęcenia.

Akcya ta jest wielka i godna osobnego przedstawienia dla nauki na przyszłość, dla wykazania wielkości poświęcenia i sprawności naszego społeczeństwa, wzmocnienia zaufania do ludzi, którzy nią kierowali i wykazania stopnia zrozumienia wartości ekonomicznej życia i zdrowia ludzkiego, do ocalenia której zmierzała.

Ja wspominam o niej tylko ubocznie, bo do należytego jej przedstawienia brak mi fachowych wiadomości i materyału, na gromadzenie którego niema dziś czasu i sposobności. W tej walce o zdrowie społeczeństwa i bliźnich padło ofiarą w czasie wojny 19 naszych lekarzy [1]).

Naszym obowiązkiem zająć się dolą rodzin tych bohaterów, co zapomnieli o sobie i swoich i na ratunek bliźnich położyli życie swoje.

Rodziny zostały w żałobie, którą może osłodzić Bóg jeden tylko, i cześć dla tych, którzy ją pozostawili — ale bez chleba, który im winno społeczeństwo.

Ustawodawstwo, organizując służbę sanitarną, pomyślało o losie ludzi, powołanych do tłumienia chorób zakaźnych i narażonych na połączone z tem niebezpieczeństwa.

Ustawa z dnia 14. kwietnia 1913 D. p. p. Nr 67 stanowi w drugim ustępie § 27: »Przy ustanowieniu lekarzy epidemicznych określi się ich pobory w drodze umowy z tem zastrzeżeniem, że mają oni pobierać w razie zachorowania pełną płacę także wtedy, jeżeli choroba ich nie powoduje niezdolności do pracy zawodowej«.

W § 34: »Jeżeli lekarz zatrudniony w krajach tutejszych przy zwalczaniu choroby, podlegającej obowiązkowi doniesienia, stracił zdolność do zarobkowania lub poniósł śmierć, to należą się jemu, w razie zaś jego śmierci rodzinie po nim pozostałej pobory emerytalne i pobory zaopatrzenia. Pobory emerytalne wynoszą conajmniej 2.400 kor., zaś pobory zaopatrzenia dla rodziny po nim pozostałej wymierza się w wysokości, ustanowionej dla urzędników państwowych VIII klasy rangi; tytułem kwartału pośmiertnego należy się pozostałej po nim rodzinie conajmniej kwota 600 kor. Przy przyznawaniu tych poborów zaopatrzenia oraz kwartału pośmiertnego należy zresztą przestrzegać ogólnych przepisów pensyjnych«.

»Jeżeli lekarzowi lub pozostałej po nim rodzinie należą się według innych przepisów pobory emerytalne i pobory zaopatrzenia na podstawie jego stosunku służbowego, wówczas uzupełnia się je w przypadkach, określonych w ustępie pierwszym, do przepisanej tamże wysokości«.

»Jeżeli pobory emerytalne i pobory zaopatrzenia, należące się według innych przepisów lekarzowi lub pozostałej po nim rodzinie na podstawie jego stosunku służbowego, dorównują wysokości przepisanej w ustępie pierwszym lub ją przewyższają, wówczas nie stosuje się powyższych postanowień niniejszego paragrafu«.

§ 35: »Jeżeli jakaś osoba, zajmująca się pielęgnowaniem, wskutek swego stałego lub przejściowego zatrudnienia w publicznej służbie sanitarnej przy zwalczaniu choroby, podlegającej obowiązkowi doniesienia, straci zdolność do zarobkowania lub poniesie śmierć, należą się jej, w razie zaś jej śmierci pozostałej po niej rodzinie pobory emerytalne i pobory zaopatrzenia. Pobory emerytalne wynoszą conajmniej 600 kor., pensya wdowia 300 kor., dodatek na wychowanie 60 kor., a pensya sieroca 150 kor.; tytułem kwartału pośmiertnego należy się pozostałej po niej rodzinie conajmniej kwota 150 koron. Przy przyznawaniu tych poborów emerytalnych i poborów zaopatrzenia oraz kwartału pośmiertnego należy zresztą przestrzegać ogólnych przepisów pensyjnych«.

»Jeżeli osobie, zajmującej się pielęgnowaniem lub pozostałej po niej rodzinie należą się według innych przepisów pobory emerytalne i pobory zaopatrzenia na podstawie jej stosunku służbowego, wówczas uzupełnia się je w przypadkach, określonych w ustępie pierwszym, do przepisanej tamże wysokości«.

»Jeżeli pobory emerytalne i pobory zaopatrzenia, należące się według innych przepisów osobie, zajmującej się pielęgnowaniem lub pozostałej po niej rodzinie, na podstawie jej stosunku służbowego, dorównują wysokości, przepisanej w ustępie pierwszym lub ją przewyższają, wówczas nie stosuje się powyższych postanowień niniejszego paragrafu.

»Jeżeli osoba, zajmująca się pielęgnowaniem, zachoruje wśród warunków określonych w ustępie pierwszym, a nie nastąpią przewidziane tam skutki, ma prawo do dalszego pobierania płacy«.

»Paragraf ten należy stosować także do osób zatrudnionych przy przewożeniu chorych i przy odkażeniu po myśli § 8«.

Według powyższych postanowień i postanowień § 36 lit. g), k) powołanej ustawy, lekarz wolno praktykujący, nie zajmujący posady publicznej, połączonej ze stałą płacą i prawem do emerytury, powołany do tłumienia epidemii specyalnem zarządzeniem władzy państwowej, ma prawo do poboru ze skarbu państwa:

1) umówionej płacy na cały czas choroby, jeżeli przy tłumieniu choroby zakaźnej zachoruje;

2) emerytury, jeśli przy tem straci zdolność do zarobkowania;

3) zaopatrzenia i kwartału pośmiertnego dla rodziny, jeżeli przy tem umrze.

Zwracam jednak uwagę, że prawo do poboru płacy na wypadek zachorowania w myśl drugiego ustępu § 27 przy umowie wyraźnie sobie zastrzedz powinien. Ponieważ w myśl § 45 ustawy z 14. kwietnia 1913 D. p. p. Nr 67 przeprowadzenie zarządzeń, które mają być wydane w myśl tej ustawy w zakresie zarządu wojskowego, należy do władz wojskowych, przeto lekarz cywilny, nie zajmujący żadnej posady publicznej połączonej z prawem do emerytury, powołany do czynności lekarskich w zakresie zarządu wojskowego w królestwach i krajach, reprezentowanych w Radzie Państwa, specyalnem zarządzeniem władzy wojskowej, nabywa w takich samych wypadkach te same prawa.

Sanitaryusze, powołani do współdziałania przy tłumieniu chorób zakaźnych, którzy nie zajmują posad publicznych połączonych z prawem do emerytury, nabywają w myśl § 36 lit. l)

---

[1]) Na tyfus plamisty:

Dr Wojciech Chrząszczewski w Samborze, Dr Zbigniew Żańko w Starejsoli, Dr Feliks Kaczurba z Medyki, Dr Władysław Borzęcki we Lwowie, Dr Witold Bilwin w Mielnicy, Dr Eugeniusz Borzęcki w Krakowie, Dr Maryan Sokołowski z Krakowa, Dr Maryan Bujalski w Obertynie, Dr Antoni Chomin we Lwowie, Dr Herman Arzt w Jazłowcu, Dr Taussig, starszy lekarz sztabowy, Dr Jan Starachowicz w Turce, Dr Michał Olejnik w Kamionce strumiłowej, Dr Edward Piotrowski w Kamionce strumiłowej.

Na tyfus brzuszny:

Dr Rogalski w Tarnowie, Dr Ludwik Katyński w Bieczu, Dr Hugo Ehrlich w Przemyślu, Dr Miron Jajus w Sokalu.

Na cholerę:

Dr Gilnreiner Michał w Tłustem.

Aptekarz Mr. Henryk Małkiewicz padł na stanowisku swojej pracy, gdy w czasie bitwy przyrządzał dla chorego lekarstwo.

Z sanitaryuszy pomarli wskutek zarażenia w wykonywaniu swoich obowiązków na tyfus plamisty: Piotr Szewczuk w Burkanowie, Michał Przyszlak w Chodorowie, Roman Minurka w Przemyślanach i zapewne wielu innych, o których nie wiem.

powołanej ustawy, w razie zachorowania, przytem niezdatności do pracy zawodowej lub śmierci prawo do:

1) emerytury,

2) zaopatrzenia i kwartału pośmiertnego dla rodziny ze Skarbu Państwa, do płacy zaś na czas choroby z funduszu tej władzy, która ich powołała, i to z ustawy, nawet bez wyraźnego zastrzeżenia w umowie. Dla bezpieczeństwa jednak zawsze lepiej takie zastrzeżenie już w umowie umieścić, choćby tylko dlatego, że uprawniony może w tym wypadku dochodzić swej pretensyi przed sądem cywilnym, z pominięciem władz administracyjnych i Trybunału Państwa.

Wypadek omówiony, t. j. wypadek, w którym lekarzowi, czy sanitaryuszowi, powołanemu specyalnem zarządzeniem władzy państwowej do tłumienia choroby zakaźnej w razie zachorowania przy wykonywaniu przyjętych obowiązków należy się umówiona płaca na czas choroby, a w razie niezdolności do zarobkowania zawodowego emerytura, w razie zaś śmierci zaopatrzenie i kwartał pośmiertny jego rodzinie, jest typowy i z pewnością dokładnie znany i jasny i sądzę, że, o ile chodzi o samo uprawnienie do emerytury czy zaopatrzenia, nie potrzebuje dalszych wyjaśnień, a o wysokości emerytury, zaopatrzenia i kwartału pośmiertnego pomówię obszerniej poniżej.

Mniej jasny będzie wypadek uprawnienia lekarza i personalu sanitarnego do emerytury, a ich rodzin do zaopatrzenia i kwartału pośmiertnego u lekarzy i sanitaryuszy, którzy bez specyalnego zarządzenia władzy muszą mieć styczność z chorobami zakaźnemi i tłumić je z obowiązku swojej służby, w której pozostają.

W tem położeniu są lekarze i funkcyonaryusze sanitarni szpitalni, lekarze kolejowi, więzienni i inni, którzy zajmują publiczne posady, a przedewszystkiem lekarze okręgowi, gminni, wojskowi i lekarze państwowej administracyi wewnętrznej (lekarze powiatowi i krajowi inspektorowie sanitarni).

Ponieważ zmierzam tylko do ułatwienia dochodzenia praw swoich interesowanym, a nie do systematycznego przedstawienia i wyczerpania przedmiotu, dlatego omówię tylko wypadki najczęstsze i najprostsze, dotyczące lekarzy gminnych, okręgowych i państwowych, zwłaszcza, że omówienie wypadków innych lekarzy i sanitaryuszy, zajmujących posady publiczne, wymaga znajomości ustaw, tworzących te posady i instrukcyi dla wspomnianych lekarzy i sanitaryuszy, których poszukiwanie dziś tak trudne, że prawie niemożliwe.

To zresztą, co powiem o lekarzach okręgowych, gminnych i państwowych, odnosi się analogicznie i do innych lekarzy i sanitaryuszy, zajmujących publiczne posady, a wyszukanie specyalnych przepisów prawnych i zastosowanie ich do konkretnego zachodzącego wypadku będzie rzeczą doradcy prawnego, który w takich razach jest niezbędny.

Według § 5, ustęp pierwszy ustawy z dnia 14. kwietnia 1913 D. p. p. Nr 67, »władze właściwe winny na skutek każdego podejrzenia co do pojawienia się choroby, podlegającej obowiązkowi doniesienia, wdrożyć bezzwłocznie za pośrednictwem lekarzy, których mają do rozporządzenia, dochodzenia i badania, potrzebne do ustalenia choroby«.

Według § 43. tej ustawy »należy do gmin, w poruczonym zakresie działania, w pierwszym rzędzie wdrożenie i przeprowadzenie dochodzeń, określonych w § 5 ustęp 1, oraz zarządzeń celem zapobiegania chorobom zaraźliwym oraz ich rozszerzeniu się, określonych w §§ 7. do 14. i 18., tudzież współdziałanie na miejscu przy wszystkich innych zarządzeniach, wydawanych po myśli niniejszej ustawy«.

»W razie pojawienia się szkarlatyny, błonicy, tyfusu brzusznego, tyfusu plamistego, ospy, cholery azyatyckiej, dżumy, egipskiego zapalenia oczu, wścieklizny, ukąszeń przez zwierzęta wściekłe lub podejrzane o wściekliznę, oraz w innych wypadkach nagłego niebezpieczeństwa, winni właściwi lekarze, pozostający w publicznej służbie sanitarnej, wdrożyć także zaraz na miejscu dochodzenia, określone w § 5. ustęp 1., oraz wydać zarządzenia, określone w §§ 7. do 14«.

»Wdrożenie, przeprowadzenie i zabezpieczenie przepisanych niniejszą ustawą dochodzeń i zarządzeń w celu zapobiegania chorobom, podlegającym obowiązkowi doniesienia, i ich zwalczania, względnie nadzorowanie i popieranie zarządzeń, wydawanych w pierwszym rzędzie przez gminy albo po myśli ustępu poprzedniego przez właściwe organa sanitarne, należy do zadań władz politycznych, powołanych do wykonywania państwowego zakresu działania w sprawach sanitarnych«.

Według § 1. ustawy z dnia 2. lutego 1891 D. u. k. Nr 17 organami gmin do wykonywania obowiązków sanitarnopolicyjnych, nałożonych na nich ustawą z 30. kwietnia 1870 D. p. p. Nr 68, której postanowienie 1. ustęp § 43. ustawy z dnia 14. kwietnia 1913 D. p. p. Nr 67, utrzymuje w mocy, są lekarze gminni i lekarze okręgowi.

Według § 2 ustawy z dnia 5. października 1906 D. u. k. Nr 148, gminy mające osobny statut, jakoteż gminy, w których obowiązuje ustawa z dnia 13. marca 1889 D. u. k. Nr 24, mają utrzymywać własnym kosztem lekarzy gminnych, tak, żeby na każde 15.000 mieszkańców przypadał co najmniej jeden lekarz. Inne gminy, nie wcielone do okręgu sanitarnego, mogą ustanowić lekarzy gminnych, jeżeli poniosą wszystkie wydatki, połączone z ich utrzymaniem.

Gminy, nie utrzymujące własnych lekarzy, będą w myśl § 3. tej ustawy łączone z gminami tego samego powiatu politycznego i z istniejącymi przy nich obszarami dworskimi w okręgi sanitarne.

Według instrukcyi dla lekarzy gminnych i okręgowych, wydanej w załączniku A. do rozporządzenia wykonawczego cytowanej ustawy w Dzienniku ustaw i rozporządzeń krajowych z r. 1907 Nr 158 lit. A) ustęp pierwszy, »lekarz tak gminny jak okręgowy jest powołany do współdziałania przy wykonywaniu sanitarnopolicyjnych obowiązków, przydzielonych gminom, tak w samoistnym, jak przekazanym zakresie działania«, zaś według tejże instrukcyi lit. B), u) winien on »interweniować wcześnie i roztropnie w razie wybuchu jakiejkolwiek choroby zakaźnej, udać się na miejsce zaraz po otrzymaniu wiadomości o pierwszym wypadku choroby zakaźnej celem sprawdzenia rodzaju choroby, zawiadomić natychmiast naczelnika gminy i przy jego współudziale zarządzić wszystko, co w myśl obowiązujących przepisów dla stłumienia choroby w zarodku zrobić należy, mianowicie: odosobnić chorych, bądź we własnem ich mieszkaniu, bądź w osobnym lokalu, na to przeznaczonym; pouczyć otoczenie chorego o sposobie zachowania się i o środkach ostrożności, zarządzić i przypilnować jak najdokładniejszą desinfekcyę, szczególnie nie ograniczać swej czynności tylko do żądań sanitarnopolicyjnych, lecz nieść czynną pomoc lekarską wszystkim chorym, dotkniętym chorobą zaraźliwą, chybaby chorzy lub ich rodziny innego lekarza pożądały...«

Lekarz powiatowy, według instrukcyi, wydanej rozporządzeniem ministeryalnem z 23. października 1871 l. 14.887, »ma mieć nadzór nad sprawowaniem policyi sanitarnej przez gminy tak w zakresie własnym, jak i poruczonym«.

Ponieważ prawa, przyznane § 34. ustawy z dnia 14. kwietnia 1913 D. p. p. Nr 67, zyskuje »lekarz zatrudniony w krajach tutejszych przy zwalczaniu choroby, podlegającej obowiązkowi doniesienia« (»ein Arzt bei Bekämpfung einer anzeigepflichtigen Krankheit tätig«), a nietylko lekarz, powołany do tego specyalnem zarządzeniem władzy państwowej, przeto jasną jest rzeczą, że służą one każdemu lekarzowi, który z obowiązku swojego publicznego stanowiska jest powołany do tłumienia chorób zakaźnych, bez specyalnego polecenia władzy państwowej, a więc lekarzowi gminnemu, okręgowemu i powiatowemu.

Ponieważ zwalczanie chorób zakaźnych w zakresie zarządu wojskowego należy w myśl § 45. powołanej ustawy do zarządu wojskowego, który je wykonuje przez lekarzy wojskowych, przeto § 34. tej ustawy ma zastosowanie i do lekarzy wojskowych.

Tosamo, co do lekarzy, odnosi się w myśl § 35. cytowanej ustawy do osób, zajmujących się pielęgnowaniem chorych zakaźnie z obowiązku swojej służby publicznej i używanych do współdziałania przy tłumieniu epidemii.

Wspomniany bowiem przepis ustawy nie mówi o osobach, doraźnie najętych do pielęgnowania i obsługi zakaźnie chorych i do robót służebnych przy tłumieniu epidemii, lecz wyraża się ogólnie: »Jeśli jakaś osoba, zajmująca się pielęgnowaniem, wskutek swego stałego lub przejściowego zatrudnienia w publicznej służbie sanitarnej przy zwalczaniu choroby, podlegającej obowiązkowi doniesienia, straci zdolność do zarobkowania lub poniesie śmierć...«

Zakres tych osób jest bardzo wielki, bo w służbie państwowej, krajowej i gminnej bardzo wielka ilość funkcyonaryuszy z zakresu straży i służby musi w wykonywaniu swych obowiązków współdziałać przy tłumieniu chorób zakaźnych. Wspomnę tu tylko żandarmeryę, policyę, służbę szpitalną, oglądaczy zwłok.

Do chorób, podlegających obowiązkowi doniesienia należą według § 1. cytowanej ustawy: 1) szkarlatyna, 2) błonica, 3) tyfus brzuszny, 4) biegunka krwawa (dysenterya), 5) nagminne zapalenie opon mózgowordzeniowych, 6) gorączka połogowa, 7) tyfus plamisty, 8) ospa, 9) cholera azyatycka, 10) dżuma, 11) tyfus

powrotny, 12) trąd (lepra), 13) egipskie zapalenie oczu (trachoma), 14) żółta febra, 15) wąglik, 16) nosacizna, 17) wścieklizna oraz ukąszenie przez zwierzęta, chore na wściekliznę, lub u których zachodzi podejrzenie co do tej choroby — i inne choroby, które ministerstwo w drodze rozporządzenia podda obowiązkowi doniesienia.

Zaznaczam, że ustawa z 14. kwietnia 1913 D. p. p. Nr 67 nie łączy uprawnień z §§ 27, 34. i 35. z zakażeniem, ani nawet nie wymaga, by choroba czy śmierć stała w stosunku przyczynowym z zwalczaniem choroby zakaźnej i przyznaje te uprawnienia na wypadek choroby, utraty zdolności do pracy zawodowej i śmierci przy zwalczaniu choroby zakaźnej. Czyni to z tej prostej przyczyny, że wobec okoliczności, w jakich te wypadki następują, są wszystkie dane do domniemania prawnego, że tak było, a dowodzenie tej okoliczności, jak i jej przeciwieństwa, jest zarówno niemożliwe, jak i bezcelowe, i byłoby tylko niebezpiecznym powodem do odmawiania słusznych a skromnych uprawnień.

Wreszcie dodaję, że do korzyści z §§ 34. i 35. powołanej ustawy mają prawo także lekarze i sanitaryusze, zajęci z obowiązku swej służby publicznej na terytoryum »krajów tutejszych« (»im Inlande«) w czasie inwazyi.

Inwazya jest bowiem wypadkiem elementarnym a nie prawem. Terytoryum, objęte inwazyą, nie przestaje być »krajem tutejszym« (»Inland«) i nie traci prawnego związku z państwem, do którego należy.

Inwazya nie zwalnia nikogo od obowiązków względem kraju ojczystego, ani nie pozbawia praw, co najwyżej uniemożliwia chwilowo ich wykonanie.

Jeśli zatem lekarz nie doznaje przeszkody ze strony nieprzyjacielskiej przemocy i spełnia swoje obowiązki służbowe w myśl intencyi prawowitej władzy ojczystej, wobec której je zaprzysiągł, to przysługują mu i prawa, z tymi obowiązkami związane.

Zanim przystąpię do omówienia wysokości emerytur i zaopatrzeń, muszę się jeszcze załatwić z pozorną kolizyą prawną pomiędzy ustawą z 14. kwietnia 1913 D. p. p. Nr 67, a ustawą emerytalną lekarzy okręgowych z 12. maja 1909 D. u. k. Nr 68. Według ostatniego ustępu § 16 tej ustawy »wdowom i sierotom po lekarzach okręgowych, którym służy prawo do pensyi, względnie zaopatrzenie na mocy Najwyższego rozporządzenia z dnia 3. lutego 1856 D. p. p. Nr 113 i z dnia 9. marca 1857 D. p. p. Nr 95, nie będzie przyznana pensya wdowia względnie dodatek na wychowanie na podstawie niniejszej ustawy«.

Najwyższe postanowienie z 3. lutego 1856 ogłoszone zostało rozporządzeniem ministeryalnem z dnia 6. maja 1859 D. p. p. Nr 113 i brzmi, jak następuje:

»Wdowy i sieroty po lekarzach i posługaczach dla chorych, stale ustanowionych w służbie państwowej lub w służbie publicznych funduszów, jeżeli co do nich należycie będzie stwierdzone, że śmierć ponieśli wskutek swej służby przeciw cholerze, a to bez różnicy, czy stali się ofiarą samej epidemii, czy z innej choroby — mają do pensyi, prowizyi i dodatków na wychowanie według normy nawet wtedy prawo, jeżeli zmarły nie wysłużył jeszcze dziesięciu lat«.

»Wdowy i sieroty po innych lekarzach, chirurgach i posługaczach dla chorych, którzy na wezwanie władzy użyci byli przeciw cholerze i w sposób dowiedziony w tej służbie śmierć ponieśli, mają prawo do pensyi, prowizyi i dodatków na wychowanie — a to wdowy i sieroty po takich lekarzach na równi z wdowami i sierotami po lekarzach powiatowych i chirurgach w służbie państwowej, a wdowy i sieroty po takich posługaczach dla chorych na równi z wdowami i sierotami po ustanowionych posługaczach«.

»Kwotę przypadających pensyi i dodatków na wychowanie należy wymierzyć według istniejących norm a prowizyę dla wdów po posługaczach dla chorych dziennie po sześć do piętnastu grajcarów«.

»Takie pobory dla wdów i sierót po lekarzach, chirurgach i posługaczach chorych, którzy byli w służbie funduszów publicznych, a śmierć ich nastąpiła w ich własnym zakresie służbowym, pokryte być mają z właściwych funduszów, jeżeli zaś śmierć nastąpiła przy innem zatrudnieniu służbowem, taksamo, jak pobory dla wdów i sierót po osobach w służbie państwowej będących, a po osobach stanu lekarskiego bez służby, ze Skarbu Państwa«.

Rozporządzenie to rozszerzone zostało Najwyższem postanowieniem z dnia 9. marca 1857 D. p. p. Nr 95 na lekarzy, sanitaryuszy i ich rodziny, którzy zmarli przy tłumieniu tyfusu epidemicznego.

Jakkolwiek według § 48. ustawy z dnia 14. kwietnia 1913 D. p. p. Nr 67, »tracą moc obowiązującą z wejściem w życie« tej »ustawy lub odnośnego rozporządzenia wszystkie przepisy, odnoszące się do przedmiotów, unormowanych« tą »ustawą lub wydanem na jej podstawie rozporządzeniem«, a więc i rozporządzenie z dnia 6. maja 1856 D. p. p. Nr 113. i z dnia 8. maja 1857 D. p. p. Nr 95, postanowienie to nie wywiera wpływu na powołany wyżej przepis ustawy emerytalnej dla lekarzy okręgowych, bo ustawodawstwo państwowe nie ma wpływu na ustawy krajowe i nie może uchylać ich postanowień. Rodziny więc lekarzy okręgowych, którym przysługuje prawo do zaopatrzenia według powołanych rozporządzeń, nie mają prawa do zaopatrzenia według powołanej ustawy emerytalnej.

Ponieważ według § 13. ustęp 2. ustawy emerytalnej dla lekarzy okręgowych »wdowy, których małżonkowie utracili życie skutkiem przypadku, jaki ich dotknął z powodu pełnienia służby lekarza okręgowego« otrzymują pensyę wdowią i ponieważ według rozp. min. z 6. maja 1856 D. p. p. Nr 113 »pobory dla wdów i sierót po lekarzach..., którzy byli w służbie funduszów publicznych, a śmierć ich nastąpiła w ich własnym zakresie służbowym, pokryte być mają z właściwych funduszów«, a więc w tym wypadku z funduszu emerytalnego lekarzy okręgowych, przeto postanowienie ostatniego ustępu § 16. tej ustawy odnosi się tylko do tych rodzin lekarzy okręgowych, którzy na wezwanie władzy spełniali służbę lekarzy epidemicznych przy tłumieniu tyfusu epidemicznego i cholery poza swoim okręgiem sanitarnym i zmarli przy tem na cholerę azyatycką lub tyfus epidemiczny (rozp. min. z 6. maja 1856 D. p. p. Nr 113 i z 8. maja 1857 D. p. p. Nr 95).

Co do wysokości emerytur, zaopatrzeń i kwartałów pośmiertnych, to ustawa z 14. kwietnia 1913 D. p. p. Nr 67 na pierwszy rzut oka pozornie więcej obiecuje, niż istotnie daje.

Przytoczyłem wyżej brzmienie §§ 34. i 35. tej ustawy. Po ich przeczytaniu odnosi się wrażenie, że lekarz, który przy zwalczaniu chorób zakaźnych utraci zdolność do zarobkowania zawodowego, otrzyma najmniej 2.400 kor., sanitaryusz w podobnym wypadku najmniej 600 kor. emerytury, zaś na wypadek ich śmierci rodzina po lekarzu najmniej 600 kor., a rodzina po sanitaryuszu najmniej 150 kor. kwartału pośmiertnego.

Zwroty jednak »co najmniej« w tych §§ nie stanowią praw lekarzy i sanitaryuszy do wyższych emerytur, względnie ich rodzin do wyższych kwartałów pośmiertnych, lecz tylko granicę, do której Skarb Państwa uzupełnia te emerytury i kwartały pośmiertne.

Wynika to jasno z drugich i trzecich ustępów tych §§. Ustawa wychodzi z założenia, że lekarze i sanitaryusze, o których mówi, mają prawo do emerytur, a ich rodziny do zaopatrzeń ze swojego stosunku służbowego na podstawie innych przepisów. Jeśli na tej podstawie należą się im wyższe emerytury względnie zaopatrzenia, lub conajmniej takie same, jak przewidują powołane paragrafy, natenczas ich postanowienia nie mają zastosowania. Dopiero wtedy, jeśli chodzi o lekarza lub sanitaryusza, który nie zajmował żadnej posady z prawem do emerytury i zaopatrzenia, jako lekarz wolno praktykujący lub sanitaryusz najęty, albo zajmował taką posadę, ale prawa do emerytury jeszcze nie nabył, albo wprawdzie nabył prawo do emerytury względnie zaopatrzenia rodziny, ale niższej, niż przewidziana w powołanych przepisach, Skarb Państwa przyznaje w myśl § 36. lit. k) l) ustawy z 14. kwietnia 1913 D. p. p. Nr 67 emeryturę względnie zaopatrzenie w wysokości w nich przewidzianej, lub przyznane z innych funduszów, na podstawie innych przepisów, uzupełnia do przewidzianej wysokości.

Krótko mówiąc, treść tych długich i wprowadzających w błąd §§ 34. i 35. i części § 27. da się wyrazić słowami:

»Jeżeli lekarz lub sanitaryusz przy tłumieniu choroby zakaźnej, podlegającej obowiązkowi doniesienia, zachoruje, pobiera na czas choroby płacę, połączoną z jego posadą, względnie przyznaną mu mocą kontraktu za czynności tłumienia tej choroby. W razie utraty zdolności do zarobkowania zawodowego lub w razie śmierci, należy mu się emerytura względnie jego rodzinie kwartał pośmiertny i zaopatrzenie, połączone z jego publiczną posadą. Jeśli nie zajmował publicznej posady, połączonej z prawem do emerytury i zaopatrzenia, lub zajmował ją wprawdzie, ale tych praw z jakichkolwiek przyczyn jeszcze nie nabył, lub jeśli pobory emerytalne, kwartał pośmiertny i zaopatrzenie mniej wynoszą, natenczas należy się emerytura ze Skarbu Państwa: lekarzowi 2.400 kor., sanitaryuszowi 600 kor., rodzinie lekarza kwartał pośmiertny 600 koron i zaopatrzenie dla wdowy, dzieci, względnie sierot w wysokości zaopatrzenia wdowy i dzieci względnie sierot po urzędnikach państwowych VIII klasy rangi; rodzinie sanitaryusza kwartał pośmiertny 150 kor., pensya wdowia 300 kor., zaopatrzenie dla dzieci 68 kor., pensya sieroca 150 kor. Przy wymiarze tych emerytur, kwartałów pośmiertnych, wdowich pensyi, dodatków na wychowanie i pensyi sierocych stosować należy ogólne przepisy emerytalne«.

Dla uzupełnienia dodaję, że wdowia pensya po urzędniku państwowym VIII klasy rangi wynosi według § 5. ustawy z 14. maja 1896 D. p. p. Nr 74 1.400 kor., dodatek na wychowanie według § 8. tej ustawy $^{1}/_{5}$ wdowiej pensyi, t. j. w obecnym wypadku 280 kor., suma ich jednak nie może przekraczać wdowiej pensyi, t. j. w obecnym wypadku kwoty 1.400 kor. i przysługuje bez względu na płeć do 24. roku życia, względnie do wcześniejszego zaopatrzenia.

Pensya sieroca wynosi według § 9. tej ustawy $^{1}/_{2}$ wdowiej pensyi, t. j. w obecnym wypadku 700 kor. z tem jednak zastrzeżeniem, że gdyby suma normalnych dodatków na wychowanie przekraczała sumę pensyi sierocej, a była wyższa od sumy 700 kor., natenczas asygnuje się zwyżkę wedle głów. Zwyżka, asygnowana sierocie, odpada, kiedy gaśnie prawo sieroty do poboru dodatku na wychowanie.

Pensya sieroca wraz z dodatkami nie może przekraczać wysokości wdowiej pensyi, a więc w obecnym wypadku kwoty 1.400 kor.

Pensya wdowy po emerycie wraz z dodatkami na wychowanie nie może przekraczać emerytury zmarłego (§ 10. cyt. ustawy), a więc w obecnym wypadku kwoty 2.400 koron.

Tosamo odnosi się analogicznie do pensyi wdów po sanitaryuszach, dodatków na wychowanie i pensyi sierocych.

Lekarze i sanitaryusze uzyskują prawo do poboru emerytury, względnie ich rodziny do poboru zaopatrzenia, z dniem, następującym po dniu, za który pobrali płacę, połączoną z ich publiczną posadą, względnie na mocy kontraktu w myśl §§ 27. i 35. ustawy z 14. kwietnia 1913 D. p. p. Nr 67.

Lekarze i sanitaryusze, którzy nie zajmowali publicznych posad, połączonych z prawem do emerytury, względnie ich rodziny, winni wnosić podania o przyznanie emerytur i zaopatrzeń do Namiestnictwa.

Do podania o emeryturę należy dołączyć zarządzenie (dekret) władzy publicznej, powołujące do spełniania służby, połączonej z obowiązkiem tłumienia chorób zakaźnych, podlegających obowiązkowi zgłoszenia.

Do podania o wdowią pensyę i zaopatrzenia dla dzieci trzeba nadto dołączyć: 1) metrykę ślubu; 2) metryki chrztu dzieci; 3) metrykę śmierci zmarłego męża i ojca; 4) poświadczenie gminy zamieszkania, potwierdzone przez właściwy urząd parafialny, że: a) wdowa żyła ze zmarłym do jego zgonu we wspólności małżeńskiej; b) dzieci, dla których żąda dodatku na wychowanie, są niezaopatrzone na jej utrzymaniu.

Do podania o pensyę sierocą po wdowcu nie emerycie potrzebne są załączniki wyżej pod l. p. 2 i 3 wspomniane.

Pensyę sierocą po wdowcu emerycie i po wdowie pobierającej pensyę wymierzy władza z urzędu.

Lekarze i sanitaryusze, którzy zajmowali posady publiczne, połączone z prawem do emerytury, względnie ich rodziny, winni przedewszystkiem wnosić podania o emerytury względnie zaopatrzenia do swojej władzy służbowej, tak samo udokumentowane.

Jeśli ta władza przyzna emeryturę, względnie zaopatrzenie i kwartał pośmiertny w wysokości, oznaczonej w §§ 34. i 33. ustawy z 14. kwietnia 1913 D. p. p. Nr 67, nie mają żadnego prawa do Skarbu Państwa i niema potrzeby, ni celu wnosić podań do Namiestnictwa, bo w tym wypadku na podstawie ustawy nic przyznać nie może, a do przyznawania dodatków w drodze łaski niema prawa.

Dopiero jeśli emerytura, względnie zaopatrzenie i kwartał pośmiertny, przyznane przez władzę służbową, nie dosięga wy-

sokości emerytury, względnie wysokości kwartału pośmiertnego i zaopatrzenia, wyznaczonego w §§ 34. i 35. powołanej wyżej ustawy, należy wnieść podanie do Namiestnictwa o uzupełnienie, udokumentowane jak wyżej, do którego nadto należy dołączyć orzeczenie (dekret) emerytalne, względnie dotyczące zaopatrzenia, władzy służbowej.

Od orzeczenia Namiestnictwa służy zawsze rekurs do Ministerstwa spraw wewnętrznych, który wnosić należy do Namiestnictwa w czterech tygodniach, licząc od dnia, następującego po dniu jego doręczenia, bez względu na to, czy w orzeczeniu na rekurs zezwolono czy nie (ustawa z dnia 12. maja 1896 D. p. p. Nr 101).

Zaznaczam, że rekurs powinien być adresowany do Namiestnictwa i oddany na pocztę przed upływem wspomnianego terminu, bo skierowanie go do innej władzy, n. p. Starostwa lub Ministerstwa, lub oddanie na pocztę po upływie tego terminu uważa się za spóźnienie i powoduje odrzucenie rekursu bez jego badania.

Niezadowolony rozstrzygnieniem Ministerstwa może skarżyć do Trybunału Państwa (Art. 3. lit. a) ustawy z dnia 22. lipca 1868 D. p. p. Nr 111), jednakże tylko za pośrednictwem adwokata (§ 16. ustawy z dnia 18. kwietnia 1869 D. p. p. Nr 44).

Środki prawne od orzeczeń emerytalnych władz służbowych, nie podlegających Ministerstwu spraw wewnętrznych, krótko i ogólnikowo oznaczyć się nie dadzą, bo będą one różne, w miarę różnych władz służbowych.

Mogę tylko dać jedną generalną radę, by interesowany, niezadowolony orzeczeniem pierwszej instancyi, nie czynił żadnych kroków bez porady adwokata, a zasięgnął jej natychmiast po otrzymaniu orzeczenia, bo termin do rekursu może być bardzo krótki, a pouczenie o środkach prawnych albo opuszczone albo mylne, co jednak zwykle nie chroni interesowanego od niekorzystnych skutków, jakie za sobą pociąga w razie zaniedbania terminu rekursowego lub wniesienia rekursu do niewłaściwej władzy.

Z Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej. W sprawie wymiany lekarzy zakładników i lekarzy jeńców wojennych, przynależnych do Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej, Wydział Izby czynił starania o ich uwolnienie, wnosząc odnośne przedstawienia pisemne do Ministerstwa spraw zagranicznych, Ministra dla Galicyi i Namiestnictwa, oprócz tego zaś Prezydyum Izby prosiło na odbytych audyencyach u pp. Ministrów i Namiestnika o poparcie sprawy.

Na ostatni memoryał, wniesiony na ręce JE. Namiestnika, otrzymała Izba lekarska następującą odpowiedź: »Prezydyum c. k. Namiestnictwa. 13844/pr. Biała, dnia 14. września 1916. Do Szanownej Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej we Lwowie. Na pismo z dnia 26. sierpnia b. r. L. 524/16. mam zaszczyt oznajmić, że w sprawie osób cywilnych, a więc także lekarzy, zabranych przez nieprzyjaciela z Galicyi w charakterze zakładników, wdrożono już odnośną akcyę i przedłożono c. k. Ministerstwu spraw wewnętrznych sumaryczne wykazy tych osób celem interwencyi we właściwej drodze. Natomiast, o ile chodzi o lekarzy, którzy służąc w wojsku dostali się w niewolę, jako jeńcy wojenni, to kompetentnem do interweniowania jest c. k. Ministerstwo wojny, które wdraża odnośne kroki w drodze dyplomatycznej za pośrednictwem c. i k. Ministerstwa spraw zewnętrznych. Wobec tego przedkładam równocześnie pismo Szanownej Izby wraz ze stosownem sprawozdaniem, w którem popieram wniosek Szanownej Izby, c. i k. Ministerstwu wojny. — C. k. Namiestnik: Diller G. M. m. p.«.

Izba lekarska wschodnio-galicyjska. We Lwowie dnia 18. października 1916. Prezydent: Dr Papée.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 15. X. do 21. X. 1916 stwierdzono wśród ludności cywilnej: płonicy 11 † 1 (zamiejscowych 3 † 1) przypadków, błonicy 4 (1), duru brzusznego 2 † 2, czerwonki 2. Doc. Dr Janiszewski.

W klinice chirurgicznej lwowskiej wakuje kilka posad asystentów. Specyalne wykształcenie chirurgiczne nie jest koniecznie potrzebne. Kandydaci zechcą zgłaszać się do Dyrektora kliniki, radcy dworu prof. Dr L. Rydygiera (Lwów, klinika chirurgiczna).

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane.